

សិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកនៅពេលទទួលបានសេវាកម្មពី  
រដ្ឋបាលថែទាំបុគ្គលវ័យចំណាស់ និងគាំទ្ររយៈពេលវែង  
និងរដ្ឋបាលសេវាជនពិការ

**Your Rights and Responsibilities When You Receive Services Offered by Aging and Long-Term Support Administration and Developmental Disabilities Administration**

ឈ្មោះអតិថិជន
លេខសម្គាល់

**សេវាកម្ម**

អ្នកមានសិទ្ធិជ្រើសរើសសេវាកម្មណាមួយពីសេវាកម្មទាំងឡាយដែលអ្នកអាចទទួលបាន។ ទាំងនោះគឺជាសេវាកម្មស្ម័គ្រចិត្ត។ សេវាកម្មដែលរដ្ឋបាលថែទាំបុគ្គលវ័យចំណាស់ និងគាំទ្ររយៈពេលវែង (Aging and Long-Term Support Administration < AL TSA) និងរដ្ឋបាលសេវាជនពិការ (Developmental Disabilities Administration < DDA) អាចបង់ប្រាក់ជូន មិនអាចបំពេញតាមតម្រូវការទាំងអស់របស់អ្នកបានទេ។

**AL TSA និង DDA ផ្តល់ជូនសេវាកម្មមួយចំនួនដូចជា៖**

- សេវាគេហដ្ឋានគ្រួសារបុគ្គលពេញវ័យ សេវាវាស់ទម្ងន់ដែលទទួលបានជំនួយសេវាធ្វើឲ្យប្រសើរឡើង សេវាព្យាបាលថែទាំ សេវាថែទាំវេជ្ជ សេវាថែទាំកុមារសេវាគេហដ្ឋានដែលទទួលបានអាជ្ញាប័ណ្ណរបស់កុមារ សេវាគេហដ្ឋានក្រុម DDA សេវាគេហដ្ឋានបណ្តុះបណ្តាលក្រុម ICF/IDs ឬ
- គេហដ្ឋានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់បុគ្គល។ សម្គាល់៖ AL TSA និង DDA ពុំផ្តល់សេវាកម្មថែទាំបុគ្គលរយៈពេល ២៤ ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃដែលបង់ប្រាក់ នៅគេហដ្ឋានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់បុគ្គលណាម្នាក់ឡើយ។ ប្រសិនបើត្រូវការសេវាកម្មថែទាំរយៈពេល ២៤ ម៉ោងនោះអ្នកអាចពិចារណាជម្រើសសេវាកម្មផ្សេងទៀត។

អ្នកគ្រប់គ្រងរឿងក្តី AAA អ្នកគ្រប់គ្រងធនធានរឿងក្តី DDA ឬអ្នកឯកទេសសេវាសង្គម HCS របស់អ្នក ត្រូវបានចាត់ទុកជា អ្នកកាន់រឿងក្តី នៅក្នុងឯកសារនេះ។

**សិទ្ធិរបស់អ្នក**

**អ្នកមានសិទ្ធិ៖**

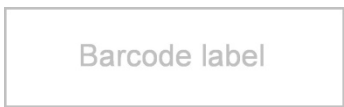
- ទទួលបាននូវសេចក្តីថ្លៃថ្នូរ និងការគោរពដោយពុំមានការរើសអើង
- ព័ត៌មានអំពីអ្នកត្រូវបានរក្សាទុកជាការណាមួយទៅតាមច្បាប់ និងវិធាន DSHS
- មិនរងការបំពាន ប្រយោជន៍ កេងប្រវ័ញ្ចផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ ឬបោះបង់ចោល។ សម្រាប់ការពិពណ៌នានៃលក្ខខណ្ឌទាំងនេះ ចូលមើល៖ <https://www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/types-and-signs-abuse>។ ប្រសិនបើអ្នក ឬបុគ្គលដែលអ្នកស្គាល់កំពុងត្រូវបានគេបំពាន ប្រយោជន៍ ឬកេងប្រវ័ញ្ច សូមទាក់ទងទៅ DSHS តាមរយៈទូរស័ព្ទលេខ 1-866-(End Harm) / 1-866-363-4276 (ឥតគិតប្រាក់) ដើម្បីពិភាក្សាជាមួយបុគ្គលិកដែលអាចជួយអ្នកបាន
- ទ្រព្យសម្បត្តិរបស់អ្នកត្រូវបានរក្សាទុកយ៉ាងល្អ
- ទទួលបានព័ត៌មានអំពីសេវាកម្មទាំងអស់ដែលអ្នកអាចទទួលបាន និងអាចជ្រើសរើសសេវាកម្មណាដែលអ្នកចង់ ឬមិនចង់បាន
- សហការជាមួយអ្នកកាន់រឿងក្តីដើម្បីរៀបចំផែនការសេវាថែទាំរបស់អ្នក
- មិនត្រូវបានបង្ខំឲ្យឆ្លើយសំណួរ ឬធ្វើអ្វីដែលអ្នកមិនចង់ធ្វើ
- ត្រូវបានជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីការសម្រេចចិត្តរបស់ភ្នាក់ងារ និងទទួលបានច្បាប់ចម្លងផែនការថែទាំរបស់អ្នក ឬសេចក្តីសង្ខេបនៃផែនការគាំទ្រ
- ពិភាក្សាជាមួយអ្នកគ្រប់គ្រងផ្ទាល់ប្រសិនបើអ្នក និងអ្នកកាន់រឿងក្តីរបស់អ្នកមិនឯកភាពគ្នា
- ស្នើសុំសេវាជនពិការរដ្ឋបាលបើទោះជាអ្នកបានដាក់បណ្តឹងរួចហើយក៏ដោយ

- ដាក់បណ្តឹងដោយពុំមានការភ័យខ្លាចអំពីគ្រោះថ្នាក់បើទោះបីអ្នកបានស្នើសុំសេវាកម្មរដ្ឋបាលរួចហើយក៏ដោយ
- ពិភាក្សាជាមួយអ្នកគាំទ្រតាមរយៈទូរស័ព្ទលេខ 1-888-201-1014
- បដិសេធសេវាកម្មទាំងអស់
- ផ្តល់សេវាកម្មប្រើជូនដោយឥតគិតថ្លៃប្រសិនបើអ្នកមិនអាចនិយាយ ឬចុះភាសាអង់គ្លេសបានល្អ
- ជ្រើសរើស បញ្ឈប់ការងារ ឬប្តូរអ្នកផ្តល់សេវាកម្មដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ម្នាក់ និង
- អាចដឹងពីប្រវត្តិរបស់អ្នកផ្តល់សេវាកម្មដែលអ្នកជ្រើសរើស។

**ទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក**

**អ្នកមានទំនួលខុសត្រូវ៖**

- ឲ្យអ្នកកាន់រឿងក្តីបំពេញការងារដោយតម្រូវការរបស់អ្នកយ៉ាងហោចណាស់មួយដងក្នុងមួយឆ្នាំនៅកន្លែងណាមួយដែលអ្នកយល់ថាជាយល់ស្រួលសម្រាប់អ្នក
- ឲ្យអ្នកកាន់រឿងក្តីពិនិត្យកន្លែងរស់នៅរបស់អ្នកយ៉ាងហោចណាស់មួយដងក្នុងមួយឆ្នាំ
- ផ្តល់ឲ្យយើងនូវព័ត៌មានគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីបំពេញការងាររបស់អ្នក
- ប្រាប់អ្នកកាន់រឿងក្តីរបស់អ្នកប្រសិនបើមានបុគ្គលណាម្នាក់ធ្វើការសម្រេចចិត្តលើបញ្ហាវេជ្ជសាស្ត្រ ឬហិរញ្ញវត្ថុសម្រាប់អ្នក
- ចូលរួមក្នុងការអភិវឌ្ឍន៍ផែនការថែទាំ ឬគាំទ្ររបស់អ្នក និងចុះហត្ថលេខាលើនោះ
- ដឹងថាអ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់អ្នកមិនអាចទទួលបានប្រាក់ចំពោះសេវាកម្ម ឬម៉ោងដែលមិនត្រូវបានអនុញ្ញាត
- ជ្រើសរើសសេវាកម្មថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក
- ជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាកម្មដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់
- ផ្តល់កន្លែងធ្វើការដែលមានសុវត្ថិភាព
- រក្សាប្រវត្តិរបស់អ្នកផ្តល់សេវាកម្មជាការណាមួយ
- ប្រាប់អ្នកកាន់រឿងក្តីប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម ឬប្រសិនបើអ្នកមិនបានទទួលសេវាកម្មក្នុងម៉ោងដែលអ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់អ្នកទាមទារប្រាក់សម្រាប់ការបំពេញសេវាកម្មនោះ
- បង់ប្រាក់ឲ្យអ្នកផ្តល់សេវាកម្មរៀងរាល់ខែប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកចេញថ្លៃសេវាថែទាំរបស់អ្នក
- មិនធ្វើឲ្យរណាម្នាក់មានគ្រោះថ្នាក់ និង
- ប្រាប់អ្នកកាន់រឿងក្តីរបស់អ្នកប្រសិនបើមានការផ្លាស់ប្តូរលើ៖
  - ✓ ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក
  - ✓ ជំនួយដែលអ្នកទទួលបានពីគ្រួសារ ឬភ្នាក់ងារដទៃទៀត
  - ✓ កន្លែងដែលអ្នករស់នៅ
  - ✓ ស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នក



**ទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកកាន់រឿងក្តី**

**អ្នកកាន់រឿងក្តីរបស់អ្នកត្រូវ៖**

- ផ្តល់ឲ្យអ្នកនូវសេចក្តីថ្លែង និងការគោរព
- ការពាររាងកាយភាពរបស់អ្នក
- ប្រាប់ពីអ្វីដែល AL TSA និង DDA អាច ឬមិនអាចធ្វើសម្រាប់អ្នកបាន
- ប្រមូលព័ត៌មានពីអ្នក និងអ្នកដទៃសម្រាប់ធ្វើការវាយតម្លៃដើម្បីកំណត់ពីកម្រិតជំនួយរបស់អ្នក និងសម្រេចលើសេវាកម្មដែលអ្នកអាចជ្រើសរើស។
  - ✓ ការវាយតម្លៃនិងបញ្ជាក់ពីចំណុចខ្លាំង ការលំបាក គោលបំណង និងចំណូលចិត្តរបស់អ្នក
  - ✓ ការវាយតម្លៃនិងបញ្ជាក់ពីជំនួយដែលអ្នកកំពុងទទួលបាន ឬអាចទទួលបានពីគ្រួសារ ឬភ្នាក់ងារដទៃទៀត និងរបៀបដែលអ្នកចង់ឲ្យយើងបំពេញសេវាកម្ម
- ជួយអ្នកអភិវឌ្ឍន៍ផែនការថែទាំ ឬគាំទ្រដែលបញ្ជាក់ពីជំនួយជាមួយសេវាកម្មថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន និងរួមបញ្ចូលនូវគោលបំណង ចំណូលចិត្ត និងជម្រើសរបស់អ្នក
- ប្រមូលព័ត៌មានពីអ្នក និងអ្នកដទៃដើម្បីធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពផែនការថែទាំ ឬគាំទ្ររបស់អ្នកជារៀងរាល់ថ្ងៃ ឬស្ថានភាពរបស់អ្នកមានការប្រែប្រួល
- ទុកពេលវេលាគ្រប់គ្រាន់អ្នកដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានដែលចាំបាច់
- លើកឡើងពីបញ្ហាផ្សេងៗក្នុងផែនការថែទាំ ឬគាំទ្ររបស់អ្នក
- គោរពសិទ្ធិរបស់អ្នក និងផ្តល់ជំនួយបន្ថែមទៀតក្នុងការផ្តល់សេវាកម្ម ក្នុងករណីអ្នកមានបញ្ហាប្រាជ្ញាស្មារតី ប្រព័ន្ធប្រសាទ ផ្លូវចិត្ត ញាណ ឬរាងកាយ និង
- ជួយស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវាកម្មដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចរកបាន។

**សេចក្តីបង្គាប់ជាមុន**

អ្នកមានសិទ្ធិរៀបចំសេចក្តីបង្គាប់ជាមុនដែលបញ្ជាក់ពីការជ្រើសរើសប្រភេទព្យាបាលថែទាំ ឬការប្រគល់សិទ្ធិគំណាងសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ សេចក្តីបង្គាប់នេះសង្ខេបពី តម្រូវការរបស់អ្នកចំពោះការថែទាំសុខភាពប្រាជ្ញាស្មារតី និង/ ឬវេជ្ជសាស្ត្រ រួមទាំងសិទ្ធិទទួលយក ឬបដិសេធការព្យាបាលថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ សុខភាពប្រាជ្ញាស្មារតី ឬការរក្សាទុកផ្សេងៗ នៅពេលអ្នកពុំមានស្មារតីគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តលើបញ្ហាទាំងនោះបាន។ អ្នកអាចលុបចោលសេចក្តីបង្គាប់ជាមុនរបស់អ្នកនៅពេលណាមួយក៏បាន។

សេចក្តីជូនដំណឹងសម្រាប់អតិថិជន និងបុគ្គលិកនានា (ចំណងជើង VI និង VII)៖ ក្រសួងសេវាសង្គម និងសុខាភិបាលរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន គឺជានិយោជកផ្តល់ឱកាសស្មើភាពមួយ និងមិនរើសអើងក្នុងតំបន់ទាំងឡាយនៃការងារ កម្មវិធី ឬសេវាកម្មរបស់ខ្លួនឡើយ លើមូលដ្ឋាននៃអាយុ ភេទ ទំនោរផ្លូវភេទ យែនឌ័រ អត្តសញ្ញាណ/ការបង្ហាញយែនឌ័រ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ ពូជសាសន៍ គោលជំនឿ ពណ៌សម្បុរ ប្រភពដើមជនជាតិ សាសនា ឬជំនឿ ទំនាក់ទំនងនយោបាយ ស្ថានភាពយោធា អតីតយុទ្ធជនដែលរំលាយដោយកិត្តិយស យុគសម័យវ្រុតណាម ស្ថានភាពអតីតយុទ្ធជនដែលរំលាយថ្មី។ ឬដែលបានការពារដទៃទៀត វត្តមាននៃការភាពខាងវិញ្ញាណ ចិត្តគំនិត រាងកាយទាំងឡាយ ឬការប្រើប្រាស់ការនាំផ្លូវដោយសុខុមាលភាពដែលបានហ្វឹកហាត់ ឬសត្វសេវាកម្មដោយបុគ្គលដែលមានពិការភាព ការទូទាត់ស្នេហា ឬព័ត៌មានទូទៅ។

**សេវាចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោត**

ច្បាប់ចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតថ្នាក់ជាតិឆ្នាំ 1993 តម្រូវឲ្យគ្រប់រដ្ឋទាំងអស់ផ្តល់ជំនួយសម្រាប់ការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតតាមរយៈការិយាល័យជំនួយសាធារណៈរបស់ពួកគេ។ ការដាក់ពាក្យសុំ ឬបដិសេធចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនឹងមិនចំពោះលំដាប់សេវាកម្ម ឬចំនួនអត្ថប្រយោជន៍ដែលអ្នកនឹងទទួលបានពីភ្នាក់ងារនេះឡើយ។ យើងនឹងផ្តល់ជំនួយក្នុងការបំពេញបែបបទចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតនេះប្រសិនបើអ្នកត្រូវការ។ ការសម្រេចចិត្តរបស់អ្នកចំពោះការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនឹងត្រូវបានរក្សាទុកជាការឯកសម្ងាត់ ហើយប្រើប្រាស់សម្រាប់តែគោលបំណងចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតប៉ុណ្ណោះ។ ក្នុងករណីដែលអ្នកយល់ថា មានបុគ្គលណាម្នាក់ចំពោះសិទ្ធិចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត សិទ្ធិរក្សាទុកក្នុងការសម្រេចចិត្តចំពោះការចុះឈ្មោះ ឬដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការជ្រើសរើសគណបក្សនយោបាយ ឬចំណូលចិត្តខាងវិស័យនយោបាយផ្សេងទៀត អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងជាមួយ៖

Washington State Elections Office  
PO Box 40229  
Olympia WA 98504-0229  
1-800-448-4881

**ហត្ថលេខារបស់អ្នក**

សូមចុះហត្ថលេខាលើបន្ទាត់ខាងក្រោមប្រសិនបើអ្នកដឹងពីសិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកកាន់រឿងក្តីរបស់អ្នក។

\_\_\_\_\_  
ហត្ថលេខារបស់អតិថិជន

\_\_\_\_\_  
កាលបរិច្ឆេទ

\_\_\_\_\_  
ហត្ថលេខារបស់អ្នកគំណាងផ្នែកច្បាប់

\_\_\_\_\_  
កាលបរិច្ឆេទ

សិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកនៅពេលអ្នកទទួលសេវាកម្មដែលបានផ្តល់ជូនដោយ  
រដ្ឋបាលគាំទ្រចាស់ជរា និងរយៈពេលវែង និងរដ្ឋបាលពិការភាពការពារលូតលាស់  
ការណែនាំ

1. បង្ហាញបែបបទនេះទៅកាន់អ្នកជំងឺនៅពេលបំពេញការវាយតម្លៃថែទាំជំងឺ និងត្រួតពិនិត្យផែនការថែទាំ ឬផែនការការព្រួយ ។ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺកំពុងតែទទួលបានសេវាកម្មរួចហើយ ហើយមិនបានចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទកំណែនេះពីមុនទេ សូមបង្ហាញទម្រង់បែបបទនេះទៅអ្នកជំងឺនៅពេលវាយតម្លៃលើកក្រោយ។ ពិនិត្យមើលទម្រង់បែបបទនេះឡើងវិញជាមួយអ្នកជំងឺដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយអំពីសិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកជំងឺ។
2. ឱ្យអ្នកជំងឺ ឬតំណាងរបស់អ្នកជំងឺចុះហត្ថលេខាលើច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទនេះដើម្បីបង្ហាញពីការយល់ដឹងរបស់គាត់/នាងលើសិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកជំងឺនៅពេលទទួលសេវាកម្មដែលបានផ្តល់ជូនដោយរដ្ឋបាលការព្រួយចាស់ជរា និងរយៈពេលវែង និងរដ្ឋបាលពិការភាពការពារលូតលាស់។
3. ដាក់ច្បាប់ចម្លងចំនួនមួយជាឯកសាររឹង ឬប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងឯកសារ (DMS) ហើយផ្តល់ច្បាប់ចម្លងផ្សេងទៀតទៅឱ្យអ្នកជំងឺ។